

آموزش پزشکی و رابطه آن با بهداشت گسترش

دکتر مجتبی سجادی *

وفق دعد و بهمین جهت برای بحث درباره آموزش پزشکی کشور باید بمطالب زیر توجه داشت:

۱- وضع طبیعی و اقتصادی ایران بطور کلی چگونه است.
۲- وضع بهداشتی کشور در شهر و ده در شرایط فعلی چگونه است.

۳- باتوجه بوضع اجتماعی و اقتصادی ایران کدام سیستم بهداشتی و درمانی برای تأمین بهداشت و درمان کشور مناسب است.

۴- تأمین کادر لازم برای تأمین هدفهای یاد شده چه کیفیتی باید داشته باشد.

۱- وضع طبیعی، اقتصادی و اجتماعی ایران

ایران باوجود تلاشی که برای صنعتی کردن آن میشود هنوز بیشتر یک کشور کشاورزی است و از ۲۵ میلیون جمعیت آن (سرشماری ۱۹۶۵) ۶۲٪ در دهات و ۳۸٪ در شهرهای کوچک و بزرگ زندگی میکنند، ۴۶٪ جمعیت ایران کمتر از ۱۵ سال دارند، رشد جمعیت بطور متوسط باوجود فعالیت چشمگیر مسئولین تنظیم خانواده در حدود ۳-۲/۶٪ در سال است و بدین ترتیب در سال ۷۵۰۰۰۰ نفر بر جمعیت کشور اضافه میشود و تا هشت سال دیگر جمعیت کشور به ۳۱ میلیون خواهد رسید.

ایجاد قطبهای صنعتی در نقاط مختلف کوششی است در جهت تغییر نسبت دهنشینان و شهر نشینان ولی در فاصله زمانی از ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۵ یعنی ده سال این نسبت از ۶۹٪ دهنشین به ۶۲٪ رسید. با پیشرفت موفقیت آمیز برنامه های اقتصادی امید آن میرود که این نسبت با سرعت بیشتری تغییر کند ولی بهر حال تصور نمیرود

بررسی آموزش پزشکی و کوشش برای تغییر و بهبود آن بدون توجه به سیستم بهداشتی کشور کاری است فاقد ارزش و احیاناً زیان بخش چه به نامتناسب کردن وضع بهداشت و نارضی کردن متخصصین و فرار مغزها و بدعده دادن و تفریط بودجه بهداشتی کشور خواهد انجامید.

در دومین کنفرانس سازمان بهداشت جهانی درباره آموزش پزشکی در منطقه مدیترانه که در تهران منعقد شد وزیر علوم وقت ایران در نطق افتتاحیه خود چنین گفت: «تقریباً نیمی از بودجه آموزش علمی کشور سالیانه صرف آموزش پزشکی یعنی تربیت ۶۰۰۰ پزشک میشود. تعداد زیادی از این عده بد تخصص رو میآورند و بسیاری از آنها راخی کشورهای مترقی میشوند و به جمع خدمتگزاران جوامع مترقی می پیوندند، فقط تعداد کمی پس از برگشت در شهرهای بزرگ و مراکز استانها بکار میپردازند. باین ترتیب ندهنها توده وسیع دهنشینان از پائین ترین حد خدمات بهداشتی محروم میمانند، بلکه عملاً و یا در آئینه نزدیک کادر پزشکی موجود در شهرها گرفتار بیکاری خواهند شد» [۱]

این حقایق بخوبی نشان میدهد تا در کشوری چون ایران سیستم بهداشتی منطقی بی ریزی نشود و مسئولین دستگاههای مختلف که اکنون با جدیت و دلسوزی زیاد فعالیت میکنند، فعالیتهای خود را باهم مرتبط نسازند نتیجه نهائی از این فعالیتهای که تأمین بالاترین حد ممکن بهداشت برای مردم کشور است (صرف نظر از وضع اقتصادی و اجتماعی آنها) تأمین نخواهد شد.

در هر کشور آموزش پزشکی و تربیت کادر لازم برای تأمین این مقصود باید با شرایط اجتماعی - اقتصادی مردم آن کشور

* استاد و معاون آموزشی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران

تا ۱۳۵۹ تعداد ده‌نشینان از ۵۰ درصد جمعیت کشور کمتر شود. پراکنده‌گی این ۱۶ میلیون جمعیت ده‌نشین ایران در ۵۴۰ ده کوچک و بزرگ تقریباً بشرح زیر است:

تعداد ده	جمعیت
۲۵۶	۵۰۰۰-۲۵۰۱
۱۴۶۲۷	۲۵۰۰-۲۵۱
۱۵۴۹۶	۱۰۱-۲۵۰
۲۳۶۵۲	کمتر از یکصد نفر

بنابراین طبق آمار ۱۳۴۶ فقط ۹ میلیون نفر از جمعیت ایران در داخل شهرها زندگی می‌کرده‌اند و در ۱۳۵۹ که جمعیت ایران احتمالاً به ۳۵ میلیون می‌رسد لااقل ۱۴ میلیون ده‌نشین خواهیم داشت. از نظر اقتصادی کشور ایران وضع نسبتاً درخشانی دارد و درآمد از نفت روز بروز در افزایش است بطوریکه در ۱۹۶۸ درآمد سرانه ۲۲۰ دلار بود و در ۱۹۷۲ درآمد سرانه در حدود ۴۰۰-۳۰۷ دلار بوده است. [۲]

Daniel Flahault مشاور سازمان بهداشت جهانی گفته است [۳] «درآمد سرانه معرف درآمد مردم ده‌نشین و در چدرافه آنها نیست. ده‌نشینان که از نظر اقتصادی بزمین خود چسبیده‌اند و از آن جدا نمی‌شوند درآمدی چندین برابر کمتر از شهرنشینان دارند و بسبب پراکنده‌گی که بحکم وضع اقتصادی خود دارند از نظر فرهنگ و بهداشت و سایر مزایای تمدن جدید بهره‌برداران کمتری از شهرنشینان می‌برند در عین حال نمدای نیازمندیهای آنها انعکاس کمتری دارد».

با وجود کوشش زیادی که برای ایجاد راههای ارتباطی بین دهات و شهرها میشود تعداد و پراکنده‌گی هنوز مشکل بزرگی است و فاصله برخی از این دهات تا نزدیک‌ترین شهر گاهی تا یکصد کیلومتر یا بیشتر می‌رسد و در بعضی از فصول رابطه بسیاری از آنها بخصوص اگر در دامنه کوهستان قرار گرفته باشند با هم و با شهر قطع میشود.

۲- وضع بهداشت در شهر و ده چگونه است

با وجودیکه جمعیت شهرنشین طبق آمار ۱۳۴۶ فقط ۹ میلیون نفر بوده است بودجه و تسهیلات و امتیازات بهداشتی متوجه شهرها شده و میشود - طبق آخرین آمار منتشر شده در روزنامه‌ها در ایران ۴۶۵ مؤسسه درمانی شامل بیمارستان - زایشگاه و آسایشگاه با ۳۶۱۸۷ تخت وجود دارد که بالغ بر نیمی از آن در استان مرکزی و بیش از ۳۵ درصد آن فقط در تهران است - وزارت بهداشتی ۲۵/۸۵ درصد کل تخت‌های بیمارستانی را دارد و سهم شیر و خورشید ۱۹/۸۵ درصد - دانشکده‌های پزشکی ۱۶/۳۳ درصد و بیمارستانهای خصوصی ۱۴/۴۳ درصد - بیمه‌های اجتماعی ۱۰/۳۳ درصد و بقیه متعلق

به وزارت راه - سازمان شاهنشاهی - شرکت نفت و سازمان - های دیگر است (کیهان ۵/۵/۵۱).

تعداد پزشکان تا پایان خرداد ۱۳۵۰-۸۲۷۱ نفر و توزین آنها در استانهای مختلف طبق آمار نظام پزشکی در ضمیمه مقابل درج شده است.

نکته جالب در این آمار نسبت بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص است بدین معنی که جمع کل پزشکان متخصص ۵۰٪ جمع پزشکان عمومی است و اگر آمار منتشره در مرداد ماه ۴۹ و آمار ۱۳۵۰ با هم مقایسه شوند باز هم دیده میشود که تمایل به تخصص در بین پزشکان همچنان بالا است.

باید توجه داشت که از نظر امکانات بهداشتی بین شهرهای مختلف نیز تفاوتی چشم گیر وجود دارد بدین معنی که از جمع ۸۲۷۱ پزشک ایران ۴۰۲۹ نفر فقط در تهران و بقیه در سایر شهرها پراکنده‌اند و عملاً تعداد کمی از آنها دردهات برای مدتی کوتاه میمانند - از جمع متخصصین نیز به همین نسبت نیمی در تهران و نیم دیگر در شهرهای بزرگ پخش شده‌اند.

دانشکده‌های پزشکی و بیمارستانهای آنها که عملیات تخصص بیشتر در آنجاها امکان پذیر است فقط در تهران و مراکز استان‌ها قرار دارند.

نکته جالب آنست که در شهرها نیز بین سازمانهای مختلف و مسئول (دانشکده‌های پزشکی - بهداشتی - شیر و خورشید - بیمه‌های اجتماعی ...) رابطه و هم‌آهنگی ثابتی وجود ندارد و دانشکده‌های پزشکی قسمت مهمی از بار درمان مردم شهر و کسانی که بامید درمان ازدهات دور و نزدیک بشهر آمده‌اند بدوش میکشند و درمانگاههای دانشکده‌ها بجای آنکه مرکز آموزش باشند باید جوابگوی نیازمندیهای درمانی باشند و چون از نظر درمانی و بهداشتی کشور منطقه بندی نشده است بیمارستانهای دانشکده هر بیماری را از هر جا که باشد باید جوابگو باشند - تهاجم و تراکم بیماران در درمانگاهها و بیمارستانهای دانشکده و کوشش برای باحاطاح «بیمار راه اندازی» ارزش آموزش را پائین آورده است.

بهداشت فقط بطور نظری تدریس میشود و دانشجویان پزشکی تا هنگامیکه بعنوان سپاه بهداشت بدعات اعزام نشده‌اند از وضع اجتماعی و پزشکی کشور بدانسان که در عمل وجود دارد خبری ندارند.

وضع بهداشت و درمانی دردهات

مسئول بهداشت و درمانی ۵۴۰۰۰ ده پراکنده ایران وزارت بهداشتی، سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی و سازمان

آمار پزشکان کشور بر حسب استان و فرمانداری کل

آمار پزشکان تا پایان خردادماه سال ۱۳۵۰					نام استان یا فرمانداری کل
پزشکان					
درصد	بجاز	پزشکان متخصص	پزشکان عمومی	جمع کل	
۱۰۰	۶۹	۲۷۵۶	۵۴۴۶	۸۲۷۱	جمع
۴۸/۷	۳۲	۱۸۵۳	۲۱۴۴	۴۰۲۹	استان تهران بزرگ شهرستانهای دیگر استان مرکزی
۲/۸	۱	۳۳	۱۹۸	۲۳۲	استان گیلان
۲/۷	۵	۳۱	۱۹۱	۲۲۷	» مازندران
۳/۸	۲	۵۶	۲۵۰	۳۱۷	» آذربایجان شرقی
۵	-	۵۱۱	۲۹۸	۴۱۳	» « غربی
۱/۸	۲	۲۱	۱۳۲	۱۵۵	» کرمانشاهان
۱/۷	۱	۲۸	۱۱۷	۱۴۶	» خوزستان
۶/۲	۲	۱۳۲	۳۸۶	۵۲۰	» فارس
۴/۴	۶	۱۲۳	۲۴۱	۳۷۰	» کرمان
۱/۷	۲	۲۳	۱۱۸	۱۴۳	» خراسان
۶/۱	۳	۱۲۹	۳۷۵	۵۰۷	» اصفهان
۵/۷	۶	۱۲۸	۳۴۷	۴۸۱	» سیستان و بلوچستان
۱/۱	-	۵	۸۵	۹۰	» کردستان
۰/۹	۱	۱۲	۶۴	۷۷	» ساحلی و بنادر
۱/۶	-	۱	۵۵	۵۶	فرمانداری کل ممدان
۱/۳	۳	۲۲	۸۶	۱۱۱	» چهارمحال بختیاری
۰/۷	-	۲	۵۷	۵۹	» لرستان
۱/۱	۱	۱۱	۸۰	۹۲	» ایلام
۰/۲	-	-	۱۷	۱۷	» بویراحمدی
۰/۲	-	-	۱۷	۱۷	» سمنان
۰/۶	-	۵	۴۷	۵۲	» یزد
۰/۸	۱	۸	۶۰	۶۹	» زنجان
۰/۴	۱	۲	۳۴	۳۷	» بوشهر
۰/۵	-	۷	۴۷	۴۵	

و درمانی منطقه بندی کرد و واحدهای بهداشتی و درمانی در قرارگاههای خاصی ایجاد کرد و قرارگاهها را با بیمارستانهای شهرهای مجاور شبکه وار مربوط ساخت و مجوع بیمارستان و قرارگاهها را مسئول بهداشت و درمان يك منطقه محدود نمود. تجربه در بسیاری از کشورهای در حال رشد و از جمله تجربه ایجاد سپاهیان بهداشت در کشور ایران راه دوه را مفیدتر و عملی تر نشان میدهد.

مسئولین واحدهای بهداشتی - درمانی یعنی نخستین واحدها که مسئول پست ها و قرارگاههای بهداشتی هستند باید عضو بیمارستان شهر مربوط باشند و هر چند مدت، زمانی را باید در بیمارستان مربوط کار کنند تا با وضع کار بیمارستان آشنا و از پیشرفت های علمی مطلع شوند.

تجربه در کشورهای در حال رشد نشان میدهد که مردم باین قرارگاهها فقط هنگامی مراجعه میکنند که بیماری داشته باشند که خطر مرگ او را تهدید میکند بهمین جهت این قرارگاهها نباید فقط بصورت درمانگاههایی که برای مداوای بیماران بکار میرود وجود داشته باشند بلکه هر قرارگاه باید به جستجو و پیدا کردن بیماران و رفع نیازهای بهداشتی آنها مسئولینی را بفرستد. این مسئولین بیشتر باید از کسانی باشند که به زندگی درده علاقه بیشتری داشته باشند و با خلق و خوی مردم ده آشنا و برای آنها عادات و رفتار مردم غریب نباشد. چنین افرادی در شرایط فعلی باید بصورت کمک پزشک یا پزشکیار وزیر فرمان و آموزش پزشک یا مسئول قرارگاه قرار گیرند و منطقه حفاظتی هر قرارگاه مرتباً توسط این پزشکیاران باید بررسی شود.

پزشکیاران چون دوران آموزش کمتری را گذرانده اند سطح توقع کمتری دارند و باید با واسطه پزشکان در بیمارستانها آموزش آنها تکمیل و راه پیشرفت علمی و مادی شان باز باشد. خلاصه گفته های بالا چنین است:

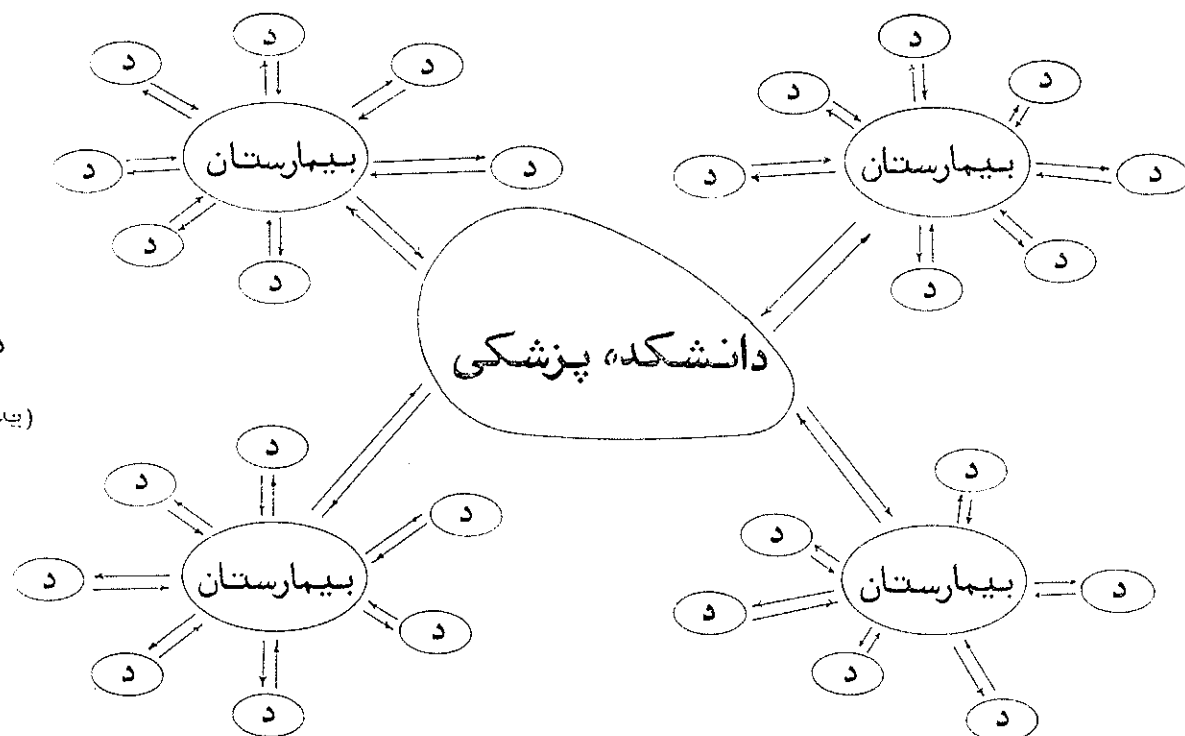
- ۱- ما باید کشور را از نظر بهداشتی و درمانی منطقه بندی کنیم.
- ۲- در هر کزهر منطقه بیمارستان مجهز یا متخصصینی در رشته های مختلف آماده بکار داشته باشیم.
- ۳- بیمارستان باید در نقاط مهم منطقه خود قرارگاههایی بهداشتی - درمانی تأسیس کند.
- ۴- پزشکان این قرارگاهها باید عضو بیمارستان محسوب و يك یا دو ماه را در سال در بیمارستان خود کار کنند.
- ۵- هر قرارگاه باید مسئولیت منطقه خود را بوسيله

سپاه بهداشت است - و با وجود کوشش مداومی که برای گستردن دامنه بهداشت و پوشش نقاط محروم بکار برده میشود شرایط اجتماعی - و فرهنگی و زندگی بر اکنده و دور بودن دهات از هم و احياناً متحرک بودن جمعیت برخی از نقاط و کثرت و تنوع احتیاجات و بی رغبتهی کادر پزشکی بتوقف و اقامت دائم درده مانع از توفیق چشم گیر در تأمین نیاز بهداشت و درمانی همه نقاط شده است - مردم بطور کلی و مردم ده نشین که از نظر فرهنگی نیز عقب مانده هستند به تدابیر بهداشتی توجه زیادی ندارند و برای آنها مسئله درمان مطرح است نه پیش گیری و بهداشت. برای مادری که فرزندش بیمار است نجات و بازگرداندن او به سلامت کرمشبت است و لاغیر بهمین جهت دردهات و در شهرها فقط تدابیر درمانی است که مورد درخواست همه میباشد و همکاری با اقدامات بهداشتی کاری تشریفاتی و غیر ضروری تلقی میشود. با اینهمه مستقر نمودن سپاهیان بهداشت دردهات و کوشش برای پوشش ناحیه وسیع ازدهات کشور توسط پزشکان سپاه بهداشت يك قدم برجسته و مهم است. هم اکنون بیش از ۴۰۰ پست سپاه بهداشت دردهات ایران فعالیت میکند و مرکز سپاهی بهداشت با کمک سپاهیان غیر پزشکی که زیر دست خود دارند به چند ده مرتباً سرکشی میکنند - وزارت بهداشتی در حدود ۸۱۰ درمانگاه دارد که بیشتر دردهات دور افتاده استقرار یافته اند که به این درمانگاهها روزانه تعدادی بیمار مراجعه میکنند ولی مانند درمانگاههای سپاهیان بهداشت سرکشی به مراکز دهات را بعهده نمیگیرند.

باین ترتیب و بطور تقریب میتوان گفت که تقریباً ۱۴۵ درمانگاه نیاز درمانی و بهداشتی در حدود ۵۰ درصد جمعیت ده نشین تا شعاع ۱۰-۷ کیلومتر دور خود را تأمین میکند. با تمام این کوشش ها هنوز لافل ۱۰ میلیون جمعیت کشور از نازلترین حد خدمت درمانی بهداشتی بی بهره اند - مهمترین نقص تمام این کوشش های خیرخواهانه عدم عم آهنگی و نبودن منطقه بندی کشور از نظر بهداشتی و درمانی و فعالیت مستقل و نامرتب دستکاههای مسئول است.

۳- سیستم بهداشتی که برای کشور ما مناسب است

برای بهبود وضع بهداشتی هر کشور یکی از دوه راه موجود است یا بر تعداد بیمارستانها و توانایی پذیرش آنها باید افزوده شود و در هر محل بنراخور حال بیمارستانی ساخت که چنین کاری با پراکندگی و شرایط اجتماعی و کمی جمعیت کاری پرخرج و غیر عملی و کم نتیجه است و یا باید کشور را از نظر بهداشتی



نمودار رابطه بهداشتی کشور با دانشکده‌های پزشکی و بیمارستانها

د: درمانگاه
(بهداشتی - درمانی)

می‌خورند. نگارنده در سالهای بعد از شهریور ۱۳۲۰ ناظر کار و فعالیت بسیاری از این پزشکیاران در نقاط دور افتاده کشور بوده است. اینان با ابداع قاطر و دوچرخه و وسایل دیگر خود را به‌دعوات مختلف می‌رساندند و چون زندگی آنها از این راه ناسمین همیشه کوشش می‌کردند به‌رنحوی خود را به‌نیازمندان برسانند. شکی نیست از روی بی‌فرهنگی و عدم مراقبت آنطور که شایسته بود از این افراد بهره‌گیری نمی‌شد ولی با مربوط ساختن آنها با مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستانها این افراد شایسته‌ترین افرادی هستند که می‌توانند در شرایط نامناسب دهات فعالیت درمانی، بهداشتی داشته باشند فقط باید هر چند گاه آنها را برای تکمیل آموزش به بیمارستان فرا خواند و پس از گذراندن دوره کوتاه بمحل مأموریت اصلی باز فرستاد. محل تربیت این پزشکیاران ممکن است بیمارستانهای عمومی شهرستان باشد.

۲- پزشک عمومی: پزشک عمومی کسی است که در تمام رشته‌های پزشکی کلیاتی میداند و ناخوشیهای شایع را تشخیص میدهد و درمان میکند و بیماری را که تشخیص نمیدهد میتواند راهنمایی کند و از تدابیر پیش‌گیری و بهداشتی باندازه کافی بهره‌مند است. این پزشکان باید در شهرهایی که جمعیتی در حدود چند هزار نفر بیشتر ندارند از عهده زایمان‌های غیر طبیعی

پزشکیاران زیر نظر بگیرد و پزشکیاران باید خود بسر کشی ناحیه بروند.

۶- بیمارستانهای شهرها بنوبه خود باید با مراکز آموزشی (دانشکده‌های پزشکی) بنحوی مربوط باشند.

۴- تأمین کادر لازم برای هدف‌های یاد شده

اجرای موفقیت آمیز طرح بالامنوط بهداشتن کادر وظیفه- شناس و آگاهی است که از طرف دانشکده‌های پزشکی و سایر مؤسسات مجاز تربیت شوند بدینترار:

۱- پزشکیار - تجربه نشان داده است هر چه سالهای تحصیل فردی بیشتر باشد سطح توقعات او از زندگی بالا می‌رود بهمین جهت برای آنکه بتوانیم افرادی را از نظر پزشکی بنحوی تربیت کنیم که در بسیاری از نقاط دور افتاده زندگی بسا سطح زندگی مردم دهات و شهرهای دور افتاده و شرایط بسیار نامساعد هم‌آهنگی نسبی داشته باشند بهتر است افراد بومی و کسانی را که لااقل تحصیلات ابتدائی دارند در مدت سه سال در بیمارستانهای کوچک استانی برای کارهای اولیه پزشکی و مدد‌های فوری جراحی و بهداشتی آماده کنیم و بعبارت دیگر همان پزشکیاران سابق که امروز تعداد بسیار کمی از آنها باقی هستند هنوز بسیاری از کارهای پزشکی را بخوبی انجام میدهند و بدردمردم

از موقعیت اجتماعی و اقتصادی آنها اکنون هدف اصلی آموزش پزشکی در این کشور است... ما نمیتوانیم به این نتیجه نرسیم که منابع محدود مردم خود را برای تربیت هشتاد درصدی - مقام صرف کنیم تا آنها را به کشورهای مشرقی بفرستیم و یا در شهرهای بزرگ متمرکز سازیم هنگامیکه توده اصلی ما از اولیادترین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محروم است...»

گفتار بالا به تفصیح‌ترین نوع خط مشی آینده برنامه آموزش پزشکی ما را مشخص میکند. ما باید به‌تدریجی که هست برنامه آموزش و فعالیت‌های آموزشی خود را متوجه تربیت پزشک عمومی کنیم و به پزشک عمومی آنچه را که در میدان عمل در کشوری چون ایران با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی در حال و آینده بدان نیاز دارد یاد دهیم.

برای آموزش چنین پزشکی دردانشکده‌ها هر گروه آموزشی باید برنامه آموزشی خود را با هدف عمومی هم‌آهنگ کند و کوشش کند همگام با آموزش اصول دردانشجو، خصلت خود - آموزشی تقویت شود چه وسعت اطلاعات و سرعت پیشرفت‌های نوین دردانش پزشکی بقدری است که از هیچ‌کس نمیتوان توقع داشت جز درمیدانی که مورد عمل او خواهد بود مطالب زیادی فراگیرد و استاد بحکم آنکه در رشته محدودی مطالعات عمیق دارد بیشتر بجانب زیاد آموزشی تمایل دارد و نگران آینده دانشجو است بهمین جهت اگر صفت خودآموزی در دانشجو تقویت شد و اصل و پایه‌های هر رشته به او تعلیم گردید میتوان امیدوار بود که در آینده دانشجوی امروز و پزشک فردا نیاز خود را برای حل مسائل جدید یا خواندن نوشته‌های پزشکی و شرکت در دوره‌های کوتاه مدت آموزشی (که دانشکده باید برای فارغ‌التحصیلان خود برقرار نماید) مرتفع کند.

اختلافی که در این میان ممکن است پیش آید اینست که هر گروه آموزشی چه مطالبی را اصولی میدانند و چه زمانی را برای آموزش آن لازم دارد. حل این مشکل بعهد کمیته‌ای است بنام کمیته برنامه‌ریزی آموزشی، این کمیته هم در هم‌آهنگ کردن برنامه آموزشی و هم در اجرای آن باید نظارت کند و نتایج حاصل را ارزشیابی نماید. متأسفانه چنین کمیته‌ای که دردانشکده‌های پزشکی فعالیت مداوم دارد، سالیان دراز است که در دانشکده ما جایش خالی است.

۳- پزشک متخصص - تربیت پزشک متخصص و عالی‌مقام هیچگاه از نظر ما نباید دور باشد ولی تربیت آنها را بهیچوجه نباید بیش

و یا مداوای بیماران حریانی داخلی و کودکان و یا عملیات جراحی مختصر مثل درمان بعضی شکستگی‌ها و یا انجام برخی تدابیر فوری برآیند و این پزشکان یا درقرارگاههای بهداشتی - درمانی کار میکنند و یا بطور آزاد ولی درحضورت با بیمارستان و بیماران بستری بستگی و ارتباط دارند و مدتی طولانی ترازیک پزشک بیمار را زیر نظر میکیرند. با کمک تبلیغات و تشویق باید بهر نحو ممکن تعداد این پزشکان را روز بروز افزایش داد و دانشکده‌های پزشکی نخستین هدف خود را باید ترتیب چنین پزشکانی قرار بدهند. هر چه این پزشکان در کار خود تبحر بیشتر داشته باشند و بیشتر بخود متکی باشند اعتماد مردم را بیشتر جلب خواهند کرد و بتدریج باید بدین سمت رفت که پوشش درمانی بهداشتی مردم جامعه مستقیماً یا با واسطه پزشک‌هایان توسط این گروه پزشکان انجام پذیرد. در شهرها و در بیمارستانها باید کاری کرد که تمام بیماران در نخستین برخورد با پزشک عمومی روبرو باشند و سنتی که در ایران در قدیم معمول بود، یعنی هر خانواده طبیبی داشت که جزو اعضاء خانواده محسوب میشد، از نو زنده شده و جان بگیرد - بیدایش پزشک عمومی و خانواده بسیاری از نابسامانی‌ها و سرگردانیهای بیماران را خاتمه میدهند. بسیاری از پزشکان خانواده در سابق میدانستند که مثلاً نفوس در این فامیل فراوان است و یا مبتلایان به سیفلیس در فلان خانواده زیاد دیده میشود چه از ریشه و پایه این بیماریا در خانواده با اطلاع بودند.

دانشکده پزشکی با توجه به نیازمندیهای کشور تربیت پزشک عمومی را باید وجه همت خود قرار دهد و در تدوین برنامه آموزشی یادداشته باشد که تشویق و ترغیب دانشجو به تخصص و تقلید کورکورانه از برنامه‌های آموزشی کشورهای که شرایط اجتماعی و اقتصادی آنها با کشور ما تطبیق نمیکند ضرر ما تمام خواهد شد - هر چه با تقلید ناپیچا سطح تحصیلات را در دانشکده‌های پزشکی بیشتر کنیم توجه به نیازمندیهای عمومی کمتر میشود و اگر سالهای تحصیل را زیاد کنیم تا پزشکی عالمتر تحویل جامعه بدیم محصولی غیر متجانس با محیط خواهیم ساخت که پس از ختام تحصیل خود را در محیط اجتماعی ایران غریبه حس میکند و خواه ناخواه بفکر دنبال کردن رشته تخصصی خواهد افتاد و ناچار پس از چندی راهی یگانه دنیا خواهد گردید و فرار مغزها از همین جا آغاز میشود. در اینجا بی‌مناسبت نیست سخنی از وزیر علوم و وقت (آقای رحمتا) در کنفرانس آموزش پزشکی هنگام گشایش دومین کنفرانس پزشکی شرقی مدیترانه بیاوریم:

«تهیه خدمات بهداشتی و درمانی توده‌های مردم صرف نظر

شهرهای بزرگ موارد و میدان انجام کارهای تخصصی او تنگ‌تر خواهند شد.

در حال باید مردم را عادت داد و تشویق کرد که در اولین قدم با پزشک عمومی سروکار داشته باشند و برای اینکار پزشکان متخصص باید از داشتن تأیید و تبلیغات و پذیرش مستقیم بیماران منع شوند و هیچ متخصصی بدون همکاری یک پزشک عمومی به‌داوا و معاینه نباید بپردازد. در شرایط فعلی پزشکان کوشش میکنند در میان مردم عادی شهرتی پیدا کنند و شهرت و تسجیل مهارت خود در میان پزشکان عمومی توجه زیادی ندارند. ضرر اینکار از نظر مادی و معنوی گریبانگیر مردم عادی میشود چه اغلب خود مردم با گمان و فرضی تشخیص بسیاری خود را میدهند و راجعی مطب پزشکان متخصص میشوند و با پرداخت ویزیت نسبتاً زیاد (که تا اندازه‌ای طبیعی است) از پزشک متخصص به پزشک دیگر رانمائی میشوند و چه بسا پس از چند بار پرداخت (بشرطی که سوء استفاده در کار نباشد) به متخصص مربوط دست می‌یابند و چون اغلب متخصصین در نتیجه تخصص و باریک بینی که دارند در این رانمائی‌ها حیواناً ممکن است اشتباه هم بکنند، بدین ترتیب بیمار سرگردان و بیماری کهنه‌تر و کیهسه او خالی‌تر میشود.

چاره این کار فقط منع پزشکان متخصص از پذیرش مستقیم بیماران است و نظام پزشکی در اینکار میتواند تدابیر ساده بکار برد مثلاً اینکه پزشک متخصص ملزم باشد روی نسخه خود نام پزشک مراجعده‌دهنده را یادداشت کند و در بیمارستانها پزشک عمومی مراجعده‌دهنده در بستری کردن بیماران متخصصین به نحوی مؤثر باشد.

از جدول و تشویق کنیم، طبق آمار نظام پزشکی تا پایان خرداد ۱۳۵۰ تعداد پزشکان متخصص در کشور ۲۷۵۶ نفر بوده که به نسبت ۵۴۴۶ نفر تعداد پزشک عمومی از ۵۰ درصد بیشتر است در صورتیکه در بسیاری از کشورها کوشش میشود این نسبت از ۳۰٪ تجاوز نکند.

پزشک متخصص چون عمر درازی را برای تحصیل صرف کرده بجز تخصص خود جز در شهرهای بزرگ نمیتواند کار کند و در نتیجه از جمع پزشکان لازم برای خدمت عموم کاسته میشود.

بنهین جهت در شرایط وضع کنونی بنظر میرسد دانشکده‌های پزشکی بجز در یکی دو مرکز بقیه نباید بدترین متخصصین بپردازند چه کشورها پیشرفته با تشویق های مادی بدجلب و جذب آنها می‌پردازند و هیچ لزومی نمی‌بینیم که ما خود نیز بدخواست آنها کمک کنیم.

در اینجا نکته‌ای را باید درباره تخصص یادآور شد و آن اینست که پزشک عمومی ممکن است در یکی از اصول چهارگانه پزشکی (داخلی - جراحی - کودکان - زنان و مامائی) اطلاعات و تبحر عملی بیشتری داشته باشد ولی بهر حال، پزشک عمومی است و اوست که در نخستین مرحله با بیمار روبرو میشود و همه گونه بیمار می‌پذیرد.

بعبارت دیگر پزشک عمومی مستقیماً بیمار می‌پذیرد و آنچه را که از عقیده اش برمیآید خود انجام میدهد و اگر لازم باشد به متخصص بیمار را معرفی میکند، شکی نیست که هر چه جمعیت یک شهر کمتر است پزشک عمومی در کارهای عمومی بیشتری دخالت میکند چه دسترسی به متخصصین کمتری دارد ولی در

REFERENCES

- 1- Rahnema: WHO., Conference on Medical Education in the Eastern Mediterranean Decembre . 1970.
- 2- Dadgar & Sarouchanian Ciba foundation symposium , 26, 1971
- 3- Daniel Elahault. WHO, 26: 6, 241, 1972.